

POURQUOI IL FAUT CONTINUER À AUTOPSIER

UN EXEMPLE : LE DÉCÈS POST-GREFFE

Mortui docent viventes.*

Philippe Charlier*, Mélissa Ménétrier*, Geoffroy Lorin de la Grandmaison*, Isabelle Plu**, Christian Hervé****

* Service d'anatomie pathologique et de médecine légale, CHU Raymond-Poincaré, AP-HP, UVSQ, Garches.

** Département d'éthique médicale et de médecine légale, université de Paris-5, Paris.

ph_charlier@yahoo.fr

Perte de vitesse

La France, autrefois pays de pointe « historique » de l'autopsie, est désormais à la traîne dans ce domaine, et souffre

d'un défaut d'information sur les causes réelles de décès de sa population (tant individuellement que collectivement).¹

Peut-on se fonder sur des certificats de décès dont le remplissage est, en l'ab-

sence d'examen autopsique préalable, manifestement incomplet, voire erroné?²

De moins en moins d'autopsies sont réalisées dans un cadre scientifique ou hospitalier.³ Les raisons peuvent être liées aux cliniciens eux-mêmes, d'autres aux pathologistes, d'autres, enfin, aux familles du patient décédé (v. tableau).

Désormais, l'épidémiologie de l'état de santé de la population française se fonde de plus en plus sur les données issues des autopsies médico-légales, représentant un *pool* national d'environ 8 000 individus par an...⁴ c'est-à-dire sur un très faible échantillon en regard des 500 000 décès annuels en France ! Le développement de certificats de décès électroniques remplis par les médecins légistes thanatologistes directement sur le site Internet du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) peut permettre ainsi d'avoir, presque en temps réel, une vision statistique de la mortalité fondée sur une vision complète du cadavre.

Pourquoi faut-il autopsier ?

La tradition, qui s'est maintenue pendant longtemps depuis la création des entités hospitalières mais a désormais

TABLEAU Raisons du déclin des autopsies médico-scientifiques

Cliniciens	• Lourdeur des démarches administratives (notamment non-respect des délais dévolus pour le transport du corps) • Gêne lors de la demande d'autopsie à la famille • Sentiment d'échec relatif des soignants • Crainte de l'utilisation des résultats de l'autopsie pour une demande de réparation d'un préjudice (donc peur d'une plainte de la famille du défunt en cas de mise en évidence d'une éventuelle responsabilité médico-chirurgicale) • Réponse de l'anatomo-pathologiste trop tardive (écrasé par des examens routiniers, remettant au second plan les prélèvements autopsiques considérés comme une « non-urgence ») • Progrès de la médecine en matière de moyens diagnostiques (l'autopsie est jugée archaïque)
Pathologistes	• Coût (nécessité de remise aux normes sanitaires des salles d'autopsie) • Activité considérée comme chronophage, peu valorisante, peu valorisée économiquement (T2A) • Manque de formation des jeunes pathologistes (tant en pratique autopsique que microscopique post-mortem) • Peur d'un risque infectieux • Peur d'une transformation en autopsie médico-légale (avec toutes les conséquences administratives et judiciaires qui en découlent)
Famille du défunt	• Obstacle religieux ou philosophique (autopsie = mutilation) • Perception de l'autopsie comme un acharnement diagnostique • Tabou de la mort et/ou du cadavre (autopsie = désacralisation)

* « Les morts enseignent les vivants. »

Deux exemples de l'intérêt de l'autopsie scientifique

Le 12^e Congrès moyen-oriental de transplantation (MESOT, Tunis, 18-21 octobre 2010) a récemment été l'occasion de pointer, organe par organe, d'innombrables complications de la chirurgie de greffe, parfois létales.

Certaines apparaissent *a posteriori* évitables, du moins théoriquement.

Ainsi, la pénurie d'organes oblige au prélèvement de greffons non optimaux, de taille inadaptée et/ou pathologiques, au prélèvement sur donneurs en cœur arrêté, etc.

Mais d'autres facteurs interviennent dans le succès ou non d'une greffe : observance du traitement immunosuppresseur, suivi biologique et/ou radiographique, état pathologique et physiologique antérieur du sujet (indice de masse corporelle notamment), prise de toxiques, grossesse au décours, etc.

En cas de décès, c'est-à-dire d'échec à plus ou moins court terme de la transplantation, l'autopsie médicale peut apporter des informations fondamentales pour comprendre les causes de la mort.

Deux exemples issus de notre pratique anatomo-pathologique au CHU Raymond-Poincaré

(Garches) vont le montrer.

Le premier concerne une femme de 60 ans, décédée 60 jours après une transplantation hépatique pour cirrhose mixte alcoolique et post-hépatite C. La vérification anatomique doublée d'un examen microscopique des viscères a mis en évidence un décès lié à une très mauvaise qualité du greffon (sous-estimée lors des examens préalables à la greffe) provenant d'un donneur trop âgé, caractérisé par une cirrhose modérée, une stéatose légère et une cholestase focale.

Le greffon était par ailleurs trop volumineux pour le receveur. Il ne s'agit pas ici de décrire ce type de greffons « limites » (« non optimaux » ou « marginaux »), particulièrement utiles en ces temps de déficit de dons d'organes, mais d'insister sur la réalisation d'une histologie au moindre doute avant implantation (d'autant plus qu'une seconde greffe en urgence pour échec de la première n'est pas forcément réalisable...).

Le second cas est celui d'une femme de 57 ans décédée 15 jours après une transplantation pulmonaire bilatérale pour fibrose

sclérodermique compliquée d'hypertension artérielle pulmonaire. Le décès a été imputé à une hémorragie intracérébrale massive secondaire à une microangiopathie thrombotique induite par le traitement immunosuppresseur (Ciclosporine).

Systématiquement, un contrôle du site opératoire a été effectué, à la recherche d'une éventuelle complication vasculaire ou suturaire ; mais c'est surtout l'intégralité des organes qui a fait l'objet d'un examen macroscopique d'abord *in situ*, puis après éviscération (macroscopie) et enfin au microscope (optique, voire électronique si nécessaire).

La vision de l'organisme se fait donc dans son exhaustivité, mais aussi dans sa globalité, remplaçant chaque lésion ou anomalie dans le cadre d'un ensemble physiologique. Aucun autre examen ne permet une telle précision.

Les données autopsiques sont pourtant rares en post-greffe, et, comme souvent dans ce cas, les pays anglo-saxons et ibériques semblent moins « frileux » vis-à-vis des examens nécropsiques et rompus tant sur le plan

professionnel que familial – ou culturel ? – à ce genre de pratique. Leur production scientifique en témoigne, avec la publication de nombreuses séries regroupant un grand nombre de cas. Six études dominent ainsi la bibliographie internationale, avec une prédominance nette de cas autopsiques après transplantation cardiaque.¹⁻⁶ •

RÉFÉRENCES

1. Cuervas-Mons V, Martinez AJ, Dekker A, Starzl TE, Van Thiel DH. Adult liver transplantation. An analysis of the early causes of death in 40 consecutive cases. *Hepatology* 1986;6:495-501.
2. Sanroman Budino B, Vazquez Martul E, Peterga Diaz S, Veiga Barreiro A, Carro Rey E, Mosquera Reboredo J. Autopsy-determined causes of death in solid organ transplant recipients. *Transplant Proc* 2004;36:787-9.
3. Rose AG. Autopsy-determined causes of death following organ transplantation in 25 patients aged 20 years or younger. *Cardiovasc J South Afr* 2003;14:24-8.
4. Alexander RT, Steenbergen C. Cause of death and sudden cardiac death after heart transplantation: an autopsy study. *Am J Clin Pathol* 2003;119:740-8.
5. Reis MA, Costa RS, Ferraz AS. Causes of death in renal transplant recipients: a study of 102 autopsies from 1968 to 1991. *J R Soc Med* 1995;88:24-7.
6. Kaditis AG, Phadke S, Dickman P, Webber S, Kurland G, Michaels MG. Mortality after pediatric lung transplantation: autopsies vs. clinical impression. *Pediatr Pulmonol* 2004;37:413-8.

quasiment disparu, était d'autopsier son patient. C'était presque un rite,⁵ un passage obligé, un ultime enseignement, une dernière leçon de médecine, mais donnée cette fois-ci par le patient à son médecin. Quelles étaient les lésions objectives présentes au sein du corps de cet homme ou de cette femme que le médecin connaît si

bien (par l'inspection, l'auscultation, la palpation et, bien sûr, l'interrogatoire) ? Pour des motifs prétendument « éthiques » ou « moraux », cette pratique est tombée, peu à peu, en désuétude.

Pourtant, l'examen autopsique doit presque être considéré comme une suite logique de la prise en charge pluridisci-

plinnaire du patient (notamment greffé), tant au service de la famille (« *De quoi est-il mort exactement ? Pourquoi ça n'a pas marché ?* ») que des soignants et des autres patients (« *Comment améliorer les soins ? Comment augmenter la survie et le confort des malades ? Comment mieux choisir les greffons ?* »).

L'usage actuel de transplantation de greffons marginaux pourrait peut-être voir ses critères de sélection améliorés si des autopsies étaient réalisées en cas de décès du patient greffé.⁶

Le médecin a en effet une fonction indéniable de service public, et répondre à ces questions pour perfectionner ses connaissances ou celles de ses collègues est une mission obligatoire.⁷ Ce rôle est autant social (ou sociétal) que scientifique *stricto sensu*.

Dans le cadre précis des complications fatales post-transplantation, une vérification autopsique complète devrait être réalisée le plus souvent possible, afin de mieux comprendre et décrire la survenue de lésions inattendues (anomalie chirurgicale, infection, inflammation, effet secondaire médicamenteux, etc.).

À qui appartient le corps ?

Avant toute autopsie médicale, et après s'être assuré que le patient ne s'y était pas opposé de son vivant (par inscription sur le registre national des refus), la famille est consultée afin de savoir si elle accepte ou non l'autopsie (articles L1211-2 et L1232-1 à L1232-6 du code de la santé publique). De fait, la famille et les ayants droits peuvent penser qu'ils sont « propriétaires » du corps du défunt, et qu'à ce titre ils peuvent refuser une autopsie scientifique, arguant le plus souvent d'une atteinte à l'intégrité du cadavre.

Cependant, ce droit sur le corps de leur défunt a des limites, comme l'a récemment rappelé Anne-Marie Duguet, en application du principe de non-patrimonialité du corps (article 16-1 du code civil), « *le cadavre n'appartient à personne, ni au défunt, ni à sa famille, mais ces personnes ont des droits sur le corps et sur sa sépulture* ». ⁸ Par ailleurs, la Cour de cassation a rendu en ce sens deux arrêts en 2004⁹ et 2008¹⁰ indiquant que les prélèvements réalisés lors d'une autopsie (des autopsies médico-légales dans les deux cas) ne pouvaient être restitués aux familles à l'issue de la procédure, ces prélèvements ne faisant pas l'objet d'un droit patrimonial. Cette conception prévaut également pour les prélèvements réalisés lors des autopsies médicales. Pour preuve, les prélèvements d'organes et de tissus réalisés lors des autopsies médicales n'ont pas vocation à être restitués à la famille du défunt, mais à être incinérés avec les pièces anatomiques destinées à l'abandon.¹¹ Ainsi, si la famille a des droits sur ce corps, elle ne peut en disposer librement.

En cas de refus de la part des familles, l'autopsie ne peut évidemment jamais être réalisée. Dans ce cas, d'autres méthodes d'investigation existent, mais font l'objet d'un relatif « flou juridique » : ponctions dirigées échoguidées, autopsie virtuelle par examen tomographique avec ou sans injection de produit de contraste spécialisé, fibroscopies

post-mortem, etc. Bien que moins invasives, ces techniques n'apporteront pas, par définition, autant d'informations médicales sur l'état des organes que l'autopsie médicale, et ne sauraient la remplacer.

REMERCIEMENTS : Les co-auteurs adressent leurs sincères remerciements à Anne-Marie Duguet pour sa relecture et ses commentaires constructifs.

P. Charlier, M. Ménétrier, G. Lorin de la Grandmaison, I. Plu, C. Hervé déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Chariot P, Witt K, Pautot V, et al. Declining of autopsy rate in a French hospital: physician's attitudes to the autopsy and use of autopsy material in research publications. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:739-45.
2. Nguyen F. Certificats de décès adultes : étude du remplissage, actions à mener en vue d'en améliorer la qualité. Mémoire de capacité de pratiques médico-judiciaires. Paris : Université de Paris 5/UVSQ, 2010.
3. Hauw JJ. L'autopsie. *Rev Neurol* 2001;157:611-7.
4. Hervé C, Chariot P. Médecine, normes et société : la médecine légale, discipline de santé publique. *BEH* 2010;40-41:409-12.
5. Thomas LV. Rites de mort. Pour la paix des vivants. Paris : Fayard, 1985.
6. Caillé Y, Doucin M. (Dir.), Réflexions éthiques sur la pénurie d'organes en Europe. Paris : L'Harmattan, 2010.
7. Hervé C. (Dir.), Visions comparées de la bioéthique. Paris : L'Harmattan, 2008.
8. Duguet AM. Le statut du corps après la mort et le respect de sa dignité. *Rev Med Leg* 2010;2:79-80.
9. Cass. Crim., 3 avr. 2002, n° 01-81.592.
10. Cass. Crim., 3 févr. 2010, n° 09-83.468.
11. Article R1335-11 du code de la santé publique.

ANNONCES MÉDICALES

**DONNEZ TOUTES LES CHANCES
À VOTRE ANNONCE D'ÊTRE VUE !**

Postez toutes vos petites annonces en 2 clics
Remplacement, association, cession, immobilier, matériel

Votre site,
avant tout

egora.fr
avec Panorama du Médecin